Le Quotidien du Congrès

Français d'Urologie

Sommaire

P. 1 **Edito**
P. 2 **Entretien**
Entretien avec le Pr Assane Diagne.
P. 2 **Focus**
Endométriose : une affection mal diagnostiquée.
P. 3 **Actus du jour**
Transplantation et prélèvement : de vraies difficultés.
L'énurésie en 2010.
P. 4-5 **Dossier**
Une nouvelle grande menace : les bactéries multi-résistantes.
P. 6 **Brèves**
Symposium Astellas : HAV un trouble des deux sexes.`
Symposium Ferring : cancer de la prostate, innovations.
ESU : traitement des lithiases, pas de consensus.
P. 7 **Portrait**
Florence Cour, l'urologie au féminin.
P. 8 **C'professionnel**
Les urologues sont-ils heureux ?
P. 9 **Eclairage**
Club uro-curiethérapie, la piqûre de rappel.
Club radiofréquence, l'HBP sous les projecteurs.
P. 10 **Rendez-vous**
Cancer de la prostate localement avancé : quelles stratégies thérapeutiques ?
P. 11 **A voir demain**
Cancer du pénis : quelles prises en charge ?
P. 11 **Innovation**
Vaporisation de la prostate : laser ou bipolaire ?
P. 12 **Un autre regard**
Journée des kinés : un programme attractif.
P. 12 **Socio-pro**
Urologie pédiatrique : préparer l'avenir des jeunes patients.

Edito

Un congrès d'urologie pour quoi faire ?

Le mot "Congrès" est emprunté du latin *congressus,* "*action de se rencontrer*", et dérivé de *congredi (de cum* "avec" et *gradi* "marcher"), "*marcher avec*".

Au Moyen-Âge, et jusqu'au XVII[ème] siècle, le congrès était une épreuve légale, généralement demandée par l'épouse et ordonnée en justice, que devait subir son mari dans le but de prouver son impuissance sexuelle en vue d'une annulation de mariage. Les époux étaient réunis dans un lit clos selon l'usage de ces époques, en présence des juges, médecins, experts judiciaires…, et il s'agissait pour la Cour d'être témoin de l'impossibilité de la conjonction entre les époux. Ce sens tomba quand l'épreuve fut abolie en 1677.

Mais clin d'œil, on pourrait imaginer que l'urologie et son congrès, avec son rassemblement d'experts sur les prises en charge urinaire et sexuelle, seraient le trait d'union entre l'origine du terme et son sens actuel. En effet, le mot congrès a ensuite trait à une réunion solennelle ou une assemblée de personnes compétentes pour débattre d'une question et, bientôt reçoit sa spécialisation politique et diplomatique (1692). Par extension, il désigne une réunion de spécialistes pour se communiquer leurs études sur un sujet (1797).

Le congrès d'urologie est d'abord une réunion, une rencontre de personnes qui permet d'échanger des idées, des points de vue, des expériences, des travaux et des données scientifiques.

Nous espérons que tout au long de ces journées du 104 [ème] Congrès Français d'Urologie, vous trouverez ce que vous êtes venus chercher : information, formation et convivialité.

Patrik Coloby
Secrétaire général de l'AFU

Edité par :

Le Quotidien du Congrès Français d'Urologie - Directeur de la publication : P. Coloby - Directeur délégué : D. Carré - Rédacteurs en chef : P. Sèbe, Y. Neuzillet - Coordination et rédaction : A. Charlery, P. Derrouch - Assistant PAO : P. Balloul - Photos : C. Abron - Imprimeur : Groupe des Imprimerie Morault - Tirage : 1000 exemplaires - Numéro réalisé en micro-édition par l'AFU. Le magazine décline toute responsabilité quant aux manuscrits et photos qui lui sont envoyés. Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Tous droits de reproduction réserves. © AFU.

En direct de Dakar

Le Pr Assane Diagne, chef de service urologie du CHU Le Dantec, à Dakar, revient sur la prise en charge d'un problème de santé publique au Sénégal, les fistules obstétricales.

Quelle est la prévalence de la pathologie ?
Aucune étude à grande échelle n'a jamais été effectuée pour évaluer la fréquence des fistules ; seules des données hospitalières sont disponibles. Jusqu'aux années 1980, une quarantaine de lits du service d'urologie du CHU de Dakar étaient affectés aux fistules obstétricales et les listes d'attente comportaient souvent plusieurs centaines de malades. Trois matinées opératoires hebdomadaires étaient réservées aux fistules. Entre 300 et 400 fistules étaient ainsi opérées chaque année.

A partir de quel moment ont-elles commencé à baisser ?
Vers 1970 avec le développement des infrastructures sanitaires (centres de santé et cases de santé, hôpitaux régionaux) et l'assistance des accouchements par des personnels qualifiés en plus grand nombre (matrônes formées, sages-femmes, et gynécologues). La tendance s'est accentuée avec le programme de formation des médecins des districts périphériques à la césarienne et la gratuité de cet acte dans les structures sanitaires.

Parallèlement le nombre de chirurgiens et surtout d'urologues a beaucoup augmenté, Dakar étant le principal centre de formation des urologues africains francophones. Ceci a permis le traitement des patientes dans leur région d'origine et la diversification des intervenants.

Quelles est la situation aujourd'hui ?
Actuellement les fistules se recrutent essentiellement près des frontières. Un programme national centralise la prise en charge. Il assure la formation des chirurgiens des régions à la cure de fistules obstétricales et organise des missions de traitement *in situ*. Les urologues quant à eux suivent un module spécifique dans le cadre de leur préparation du diplôme d'études spéciales d'urologie délivré par l'Université de Dakar.

L'incidence des fistules obstétricales a ainsi beaucoup diminué, leur cure est mieux organisée et les services d'urologie de Dakar, aujourd'hui, traitent essentiellement les échecs des cures effectuées lors des missions et les cas les plus complexes dont le traitement est dévolu à l'urologue.

Endométriose : une affection mal diagnostiquée

Affection fréquente chez la femme, l'endométriose se développe notamment dans la paroi de la vessie, et reste mal diagnostiquée.

Une femme sur dix souffre d'endométriose. En urologie, la vessie reste la cible principale. En l'absence fréquente de symptômes spécifiques (sauf dans la forme à caractère cataménial), l'affection peut rester méconnue. L'échographie, l'IRM et la cystoscopie permettent d'en faire le bilan.

Une approche médicamenteuse peut être discutée, souvent dans l'attente d'une prise en charge chirurgicale ou après l'intervention. Le traitement chirurgical de référence n'est pas la résection endoscopique du nodule d'endométriose vésicale mais l'exérèse laparoscopique de toute la paroi vésicale atteinte. La pathologie s'étendant souvent à d'autres organes, il faut parfois envisager une approche pluridisciplinaire associant l'urologue, le gynécologue et le chirurgien digestif.

Une autre forme d'endométriose urologique, plus rare, est l'endométriose urétérale. Elle peut aboutir à une destruction à bas bruit du rein. Son traitement est essentiellement chirurgical.

Pierre Derrouch
avec Jean-François Hermieu

Etat de l'Art
Jeudi 18 novembre
10H35 – 10H50 – Salle Bordeaux

Transplantation et prélèvement : de vraies difficultés

La transplantation et le prélèvement d'organes en urologie souffrent toujours de nombreuses carences, en moyens humains et financiers notamment. Les spécialistes tirent de nouveau la sonnette d'alarme, à l'occasion du forum du Comité de transplantation et d'insuffisance rénale chronique. Et proposent des solutions.

"A trop tirer sur la corde, elle finira par céder" prévient un brin dépité le Pr Lionel Badet (CHU Lyon). Depuis plusieurs années, les équipes de transplantation et de prélèvement qui réalisent chaque année 2 800 interventions dénoncent pêle-mêle : les difficultés d'accès aux blocs opératoires ; l'augmentation de l'activité avec un contexte d'évolution des temps de travail défavorable ; des rémunérations inappropriées et totalement disparates (14 modes de rémunérations différents, avec un écart de 1 à 10 sur l'ensemble du territoire) ; l'absence intolérable d'assurance pour 15% des équipes ; la fongibilité des enveloppes qui privent de ressources financières les services de transplantation; l'impossibilité de respecter les temps de récupération obligatoires ; la désaffection des internes, etc. Le rapport GRECO stigmatisait déjà ces difficultés en 2003. Le plan Greffe mis en place en 2004 pour régler ces dysfonctionnements n'a guère été suivi d'effet.

"Les petites équipes souffrent. Il manque par exemple 37 postes pour assurer la transplantation dans de bonnes conditions à l'hôpital" déplore le Pr Badet. Seuls le feu sacré et le professionnalisme des équipes médicales et chirurgicales maintiennent une activité dont les tutelles reconnaissent l'intérêt médico-économique par la réduction du nombre de dialyses coûteuses et difficiles à vivre pour les patients. Des solutions pratiques, simples et rationnelles existent pour permettre à la spécialité d'atteindre le seuil de 50 transplantations par million d'habitants. Elles seront présentées à l'occasion de ce forum. Aux tutelles de les mettre en œuvre, vite.

Forum

Jeudi 18 novembre
08H00 – 09H30, Salle 341

L'énurésie en 2010

Perte d'urine incontrôlable, permanente ou intermittente, l'énurésie nocturne est un trouble mictionnel fréquent chez les enfants de 5 ans au moins.

"La prise en charge de ce trouble passe d'abord par une démarche d'information et d'éducation" explique le Dr Henri Lottmann. Les patients motivés et non guéris par les seules prescriptions hygiéno-diététiques recevront en complément un traitement spécifique, par desmopressine et/ou alarme, selon le type d'énurésie. Des traitements combinés et d'autres alternatives thérapeutiques non spécifiques existent pour les troubles réfractaires. Le suivi pendant et post-traitement est un élément essentiel du succès qui reste inconstant. En cas d'échec thérapeutique "l'accompagnement de ces enfants et de leurs familles est important car potentiellement bénéfique" souligne le Dr Lottmann.

Etat de l'Art

Jeudi 18 novembre
11H45 – 12H00, salle 352 AB

Une nouvelle grande menace : les bactéries multi-résistantes

La résistance des bactéries aux antibiotiques n'est pas nouvelle, et pose de réels problèmes d'efficacité des molécules. Plus préoccupant encore : des bactéries multi-résistantes (BMR) se développent rapidement. Comment enrayer cette tendance ? Le point.

Au fil du temps, les germes augmentent leur taux de résistance, et se montrent de moins en moins sensibles aux antibiotiques. Or les laboratoires n'ont pas mis au point de nouvelles molécules pour répondre à ces résistances. Dans ce contexte, "on risque d'aller vers une impasse thérapeutique, avec des germes ne répondant plus à aucun antibiotique, comme on a déjà pu l'observer en Inde" prévient le Dr Franck Bruyère (CHU Tours), responsable du comité d'infectiologie de l'AFU. D'autant que prolifèrent les plus tenaces de toutes les bactéries, celles dites multi-résistances (BMR) dont le redoutable *staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), source d'infections post-opératoires en orthopédie (beaucoup) et en urologie (un peu). Dans la catégorie des BMR on trouve également les germes porteurs de bêta lactamase à spectre élargi (BLSE). En cause dans de nombreuses infections urinaires, ils affectionnent également les sites opératoires. Leur taux qui ne cesse de croître se situe actuellement entre 2% et 5%. "Mais nous allons en voir de plus en plus" indique le Dr Bruyère. Les BMR constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique. L'urologie est concernée au premier plan.

Solutions

La situation est certes préoccupante mais pas inexorable. Première mesure à mettre en

Le bon antibiotique, au bon dosage, à la bonne personne et pour la bonne durée.

Bonnes pratiques

La diminution de la résistance aux antibiotiques passe par :
- une meilleure utilisation de l'antibioprophylaxie en chirurgie urologique, selon les nouvelles recommandation du CIAFU ;
- une meilleure prévention des infections post-opératoires, comme le préconise la conférence de consensus ;
Deux autres éléments sont primordiaux: la durée et le dosage du traitement antibiotique. Il faut réévaluer systématiquement la prescription à 48 et 72 heures pour vérifier l'observance, déceler d'éventuels effets indésirables, et contrôler l'efficacité de la molécule. Cela permet ensuite de réduire la pression de sélection de l'antibiotique. En effet, le spectre large de certains d'entre eux, combiné à leur pression de sélection importante, va rapidement induire une résistance plus élevée.

œuvre : réduire la consommation d'antibiotiques, en adaptant mieux leur prescription. La balle est dans le camp des médecins. Certains en effet s'appuient sur les antibiotiques pour traiter certaines affections ORL qui en définitive ne sont pas d'origine bactérienne. Or les antibiotiques ne sont absolument d'aucun effet sur les virus. La médecine générale pioche encore trop souvent, par réflexe ou "*mésinformation*", dans l'arsenal antibiotique. Le milieu vétérinaire n'est pas non plus exempt d'abus. Les urologues aussi ont des choses à se reprocher.

Un usage plus pondéré car mieux adapté aux antibiotiques passe donc par une amélioration des pratiques. Le maître mot doit être : le bon antibiotique, au bon dosage, à la bonne personne et pour la bonne durée. "Une attention particulière doit être, en effet, portée à la durée utile de l'administration des antibiotiques"rappelle la Haute autorité de santé (1).

Pour lutter contre les facteurs de résistance, le comité d'infectiologie de l'AFU propose des formations aux jeunes urologues (ECU d'infectiologie) et aux seniors (SUC d'infectiologie).
Les observations récentes montrent les bénéfices de l'éducation sur l'incidence du SARM, en régression. Il faut renforcer les actions pour lutter contre les BLSE.

(1) Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé, avril 2008.

Forum du Comité d'infectiologie

Jeudi 18 novembre
8H00 – 9H30, salle 342 A

Antibiotiques à l'hôpital

L'HAS a émis des recommandations en 2008 pour sensibiliser les professionnels de santé, soignants et gestionnaires, notamment à :
- l'organisation générale de la prescription des antibiotiques : amélioration du choix de l'antibiothérapie par l'utilisation de systèmes informatiques d'aide à la prescription, réévaluation entre la 24e et la 72e heure, durée de l'antibiothérapie limitée à sept jours dans les infections documentées sauf cas particulier argumenté ;
- la prévention des résistances bactériennes : adaptation des modalités d'administration des antibiotiques, dosage sérique des antibiotiques si nécessaire, raccourcissement des délais entre prélèvements microbiologiques et début des antibiotiques, "désescalade" voire arrêt des antibiotiques dès que possible ; l'association de plusieurs antibiotiques ne doit pas être la règle.

Symposium Astellas : HAV, un trouble des deux sexes

Dans une hyperactivité vésicale, les antécédents et les facteurs déclenchants sont différents selon le sexe, mais les symptômes conduisent à une prise en charge comparable.

Ce symposium fait un état de l'art sexué. Emmanuel Chartier-Kastler présente ainsi les données récentes de la recherche. Brigitte Fatton et Franck Bruyère s'attachent à l'existence de facteurs déclenchants différents selon le sexe des patients et à l'amélioration sous traitement anti-cholinergique. Enfin François Haab souligne l'impact de l'HAV sur la qualité de vie. "Un symposium qui plaide pour un mode d'emploi adapté homme/femme, précise Philippe Grise, président du symposium, et une meilleure personnalisation du traitement, puisque Vesicare® est la seule molécule remboursée à double dosage".

Astrid Charlery

Salle Havane
Jeudi 18 novembre
17H30 - 19H00

Symposium Ferring : cancer de la prostate, innovations

Quelles sont les innovations dans le diagnostic et le traitement de la prostate. Le point à l'occasion de ce symposium organisé par les laboratoires Ferring.

Biologie avec les nouveaux marqueurs diagnostic du cancer de la prostate (PCA3, PRO PSA), facteurs de risque, IRM, fusion d'image… cette séance entend informer les urologues sur les éléments d'aide au diagnostic dans le cancer de la prostate. Autres objectifs : améliorer les techniques de biopsie prostatique afin de cibler les zones tumorales et éviter les manipulations répétitives ; améliorer la prise en charge du cancer de la prostate par des nouvelles approches médicamenteuses.

Pierre Derrouch

Salle Bordeaux
Jeudi 18 novembre
17h30 – 19h00

ESU : traitement des lithiases, pas de consensus

Des techniques thérapeutiques qui ne cessent d'évoluer, une cohorte croissante de patients aux profils hétérogènes… face à cette réalité de la lithiase, les urologues peinent à discerner le meilleur traitement.

L'European school of urology (ESU) propose un cours ciblé sur la prise en charge des calculs urinaires. Les Prs Palle Osther (Fredericia, Danemark), responsable de l'Eurolithiasis society (EULIS), et Tarik Esen (Istambul, Turquie) y exposent les différentes approches, leurs progrès, limites et bénéfices. Mais laquelle retenir ? "Les caractéristiques du patient, celles du calcul et du plateau technique, et les habitudes de l'opérateur, permettront de choisir la technique la plus appropriée pour chaque patient" souligne Olivier Traxer (Paris), qui mène les échanges. L'intérêt de ce cours tient dans la rencontre avec les experts mandatés par l'EULIS. C'est l'occasion pour les intéressés de poser toutes les questions.

Astrid Charlery

Cours de l'ESU
Jeudi 18 novembre
9h35 – 11h35 - Salle Havane

Florence Cour, l'urologie au féminin

Une expérience de 25 ans en urologie et une motivation toujours présente agissent sur Florence Cour comme un moteur.

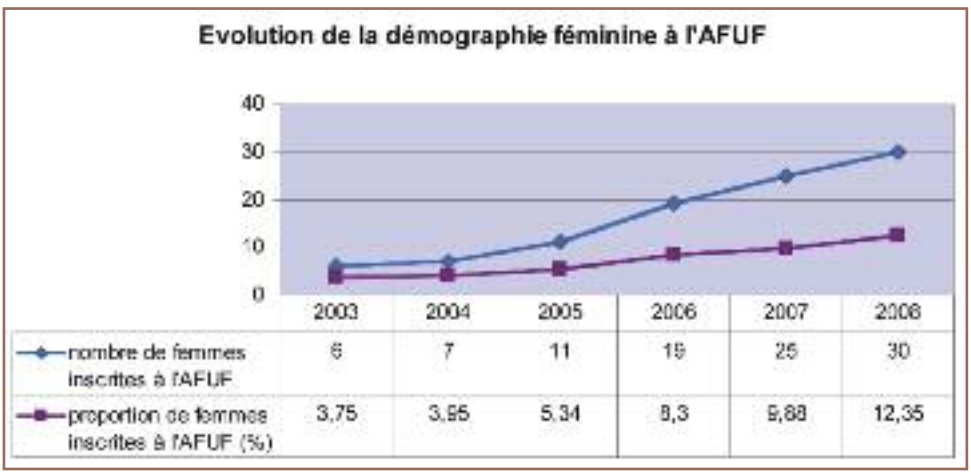
L'urologie ? "Un métier qui conjugue un côté pratique et technique à un côté humain. Il donne aussi à réfléchir intellectuellement entre la pose de bonnes indications et l'adaptation constante aux nouvelles technologies". En fait, jeune bachelière, Florence Cour avait hésité : Beaux Arts… ou médecine ? "C'est la chirurgie, la beauté d'un geste qui ont finalement forcé ma voie".

Un parcours hospitalier varié complété par une consultation à la prison de Fresnes, en dispensaire ou en ville, ont modelé cette femme urologue. Elle a suivi un DU de réparation du dommage corporel, pour acquérir une connaissance médico-légale indispensable à son implication dans l'évaluation des nouvelles techniques, notamment en urologie de la femme. Elle s'intéresse à la communication médicale, participe à des études et a concrétisé son côté artiste en participant activement à l'organisation des événements festifs de l'AFU, comme le spectacle du 100ème congrès.

Une femme accomplie

Elle est aussi élue la seule femme, membre du conseil d'administration de l'AFU, et encourage sans prosélytisme les jeunes femmes urologues à trouver ainsi leur juste place dans la spécialité. "C'est une femme agréable, que j'ai fréquentée quand j'étais interne et qui sait, sans en abuser jouer de solidarité féminine" ajoute Géraldine Pignot, jeune chef de clinique. "Sa participation en réunion pluridisciplinaire est un atout. Elle apporte une touche humaine et une réflexion particulière qui complète le point de vue décisionnel masculin" complète Alain Haertig, son confrère à la Pitié.

Florence Cour revendique une expérience variée, faite de rencontres, "parfois un peu paternalistes, car j'étais une rare jeune femme urologue" rit-elle, "parfois empreintes de fierté masculine à exhiber le modernisme de la présence d'une femme urologue dans l'équipe" continue t-elle. Mais dans ses propos, nulle trace de souffrance ni d'exclusion, juste le constat d'une vie personnelle et professionnelle bien remplie malgré une différence de revenus par rapport à ses collègues masculins. Car Florence Cour a dû abandonner une activité à temps plein pour consacrer du temps à ses quatre enfants. Une problématique toujours d'actualité pour les jeunes femmes qui s'engagent dans le métier.



Les urologues sont-ils heureux ?

Le Dr Chantal Delmas, médecin du travail à Hôtel-Dieu à Paris, a élaboré et finalisé une enquête auprès des urologues. Félicitation, ils ont un bon score !

Etudier le bien-être au travail est une des préoccupations fortes et actuelles pour un médecin du travail. A la demande de l'AFU, Chantal Delmas a réalisé une enquête auprès de 339 urologues, lors du congrès AFU 2009. Son outil d'évaluation, la réglette EVA-BT (échelle visuelle analogique du Bien-être au Travail), est validée et s'inspire de l'échelle analogique de la douleur : plus le score est bas, meilleur est le ressenti au travail ; un questionnaire complétait ce score précisant quelques données.

Globalement les urologues se situent sur l'échelle à 2,4 en médiane et 2,9 en moyenne. En référence, le score en France sur 3 000 salariés est à 3,0 pour les hommes et 3,18 pour les femmes en moyenne. En analysant les résultats il apparaît que l'urologue le plus heureux à moins de 50 ans, qu'il a un IMC inférieur à 25, dort bien, ne fume pas, déjeune à midi, habite une grande ville, pratique un sport et a un hobby. Enfin, ce serait une femme ! Mais vu leur nombre réduit ce n'est pas interprétable.

A l'opposé, parmi les facteurs limitant le bien-être, figurent : le nombre d'heures de travail, l'organisation des soins, le manque de reconnaissance, l'inquiétude sur l'avenir ou l'absence de carrière, les relations avec les confrères et, à l'extrême, un désintérêt du travail.

L'urologie est globalement une profession d'avenir. Les jeunes qui la choisissent ont un très bon score de bien-être au travail.

Astrid Charlery avec Chantal Delmas

Etat de l'Art

Amphithéâtre Bordeaux
Jeudi 18 novembre, 11H35-11H45

Election du CA de l'AFU : procédure de vote

Le conseil d'administration de l'Association Française d'Urologie est renouvelé cette année. Tous les membres à jour de leur cotisation sont invités à voter lors du congrès, du Mercredi 17 novembre 2010 11h00 au Samedi 20 novembre 2010 11h00.

Le conseil d'administration, composé de 24 membres, est élu pour 3 ans, au scrutin secret, uninominal, à un tour. La majorité simple des suffrages est suffisante pour être élu. En cas d'égalité de voix pour le ou les derniers postes à pourvoir, les candidats, dont la nomination à l'Association Française d'Urologie est la plus ancienne, seront élus et, en cas d'égalité d'ancienneté dans l'Association Française d'Urologie, les candidats les plus âgés seront élus.

Une liste de 41 candidats est mise à la disposition de tous les électeurs au début du congrès, pour leur permettre de voter. Pour être valable, le bulletin de vote doit comporter au minimum 18 noms différents et au maximum 24 noms différents.

Cette année, la modalité de vote choisie est 100% électronique (ALPHAVOTE) (pas de vote physique ni par correspondance), uniquement sur place, sur 3 ordinateurs mis à disposition des électeurs, dans le bureau de vote, situé entre le stand B7 et le stand B10 à proximité de l'accueil.

Chaque votant doit prouver son identité et émarger la liste électorale en présence d'une personne mandatée par le Conseil d'Administration de l'AFU. En cas de procuration, une personne mandatée par le Conseil d'Administration de l'AFU en vérifiera la validité au stand de l'AFU.

Un identifiant est généré et remis sur place (courrier imprimé qui explique également la procédure de vote en 3 clics).

Le résultat des élections sera annoncé en Assemblée Générale. Le nouveau conseil d'administration sorti des urnes se réunira à l'issue de l'Assemblée Générale pour élire son bureau.

Club uro-curiethérapie, la piure de rappel

Le club a la volonté de maintenir depuis sept ou huit ans l'intérêt des urologues pour cette thérapie.

Il est vrai que la technique très chronophage et peu chirurgicale intéresse peu les chirurgiens. Elle dépend le plus souvent de la responsabilité du "radiothérapeute". Mais des urologues comme Luc Cormier, organisateur du Club, revendiquent la complémentarité du travail et la valeur thérapeutique de la technique, moins agressive que d'autres, sortie de l'évaluation et validée. Pour preuve, cette année, les urologues experts soulignent qu'avec le recul et l'expérience, ils envisagent la faisabilité de l'utilisation de la curiethérapie, en rattrapage après radiothérapie, "plutôt que la méthode des ultrasons" à supprimer.

Par ailleurs, compte tenu de la fiabilité de la curiethérapie, il faudrait pouvoir l'élargir au-delà du cancer de très bon pronostic, à d'autres indications telles que le cancer de la prostate de pronostic intermédiaire. "Enfin, troisième message, souligne Luc Cormier, les progrès de l'IRM favorisent la prise en charge des récidives "*post-radiothérapie*", dessinant une cartographie précise de la zone cancéreuse, utile pour le "*repointage*" par curiethérapie".

Une technique à défendre car elle fait partie de l'arsenal thérapeutique. Elle devrait donc être mieux reconnue à l'acte car ce côté financier reste aussi un frein à son développement et à sa reconnaissance.

Club radiofréquence, l'HBP sous les projecteurs

Le principe du club radiofréquence est simple : une réunion annuelle ouverte à tous ceux concernés par la technique.

Cette année, "l'actualité du club concerne l'application de la technique à l'HBP avec les résultats d'une étude faite par 3 centres de l'APHP, sur la faisabilité, en ambulatoire et sous anesthésie locale du geste" rapporte Francois Desgrandchamps l'organisateur de cette réunion. Les conséquences directes de ces résultats positifs influent sur le coût, la tarification et la diffusion de l'acte.

Si l'indication est bien posée, soit avec un patient présentant une prostate de moins de 50 g, pas trop volumineuse et pour qui le traitement médical n'a pas été efficace, ou n'a pu ou voulu être utilisé, la radiofréquence assure une efficacité dans 65% des cas à 5 ans. Infirmières, médecins généralistes et urologues ont échangé au sein du club leur point de vue pour cibler au mieux ce patient candidat.

1500 malades sont ainsi pris en charge chaque année pour un risque quasi nul : seuls 10% des malades présentent une rétention provisoire et encore ce sont surtout les plus obstructifs. Il n'y a pas de risque sur la sexualité ni d'éjaculation rétrograde !

La technique bien validée aux USA, prend son essor en France et l'AFU propose pendant le congrès la publication de recommandations en rapport avec cette technique.

Cancer de la prostate localement avancé : quelles stratégies thérapeutiques ?

Sur les 70 000 cancers de la prostate dépistés chaque année en France, 10 à 15% correspondent à des cancers de la prostate localement avancés (CPLA). Une table-ronde animée par le Pr Michel Soulié (Toulouse) fait le point sur leur prise en charge.

Trois catégories de tumeur de stade T3 définissent aujourd'hui cette situation clinique : celles décelées par toucher rectal cT3 (a et b) ; celles identifiées par les biopsies prostatiques et celles observées sur l'IRM (T3 IRM). Ces trois définitions peuvent être réunies (ou pas) selon leur présentation (Laurent Salomon – Créteil).

La stratégie du bilan d'extension loco-régional s'appuie sur l'IRM, réalisée par une sonde endo-rectale ou pelvienne externe, celle-ci donnant des images performantes – y compris au niveau ganglionnaire – tout en offrant un meilleur confort au patient. Une scintigraphie osseuse doit également être réalisée dans ce contexte tumoral (François Cornud - Paris).

Le traitement du CPLA étant multimodal, la décision thérapeutique est prise nécessairement en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Le traitement de référence associe la radiothérapie et l'hormonothérapie d'une durée de 2 à 3 ans. Trois essais randomisés ont montré que l'hormonothérapie seule était moins efficace que l'association. Un curage ganglionnaire exhaustif réalisé par voie cœlioscopique peut précéder le traitement pour définir le statut des ganglions et mieux préciser l'étendue du champ d'irradiation (Christophe Hennequin – Paris).

Les sujets jeunes, en bon état général, avec une tumeur T3 de petit volume, se prêtent bien à la prostatectomie totale (PT) couplée à un curage ganglionnaire étendu. La PT est généralement élargie aux tissus péri-prostatiques et non conservatrice des nerfs de l'érection. La PT pourra être suivie d'une radiothérapie adjuvante ou différée, voire d'une hormonothérapie, selon les résultats anatomo-pathologiques (Dominique Rossi - Marseille).

Qu'en est-il de la chimiothérapie ? Sa place n'est pas encore bien définie, tant en adjuvant qu'en néo-adjuvant. Des essais en cours (dont le GETUG 12) doivent apporter des réponses en 2011 (Philippe Beuzeboc – Paris).

La table-ronde s'achèvera sur des échanges interactifs entre les membres du panel et la salle, autour d'un cas clinique chirurgical (Laurent Salomon – Créteil).

Salle Bordeaux

Jeudi 18 novembre
9H35 – 10H35

Les instantanés du Congrès

Déjeuner des Sages du mercredi 17 novembre 2010

Cancer du pénis : quelles prises en charge ?

Le forum du comité de cancérologie de l'AFU est cette année consacré au cancer du pénis. Au cœur des échanges, les choix thérapeutiques à mettre en œuvre.

Le carcinome épidermoïde du pénis, très rare en France (incidence de 1 pour 100 000 hommes), peut répondre à différentes stratégies thérapeutiques. "L'objectif est au maximum d'éviter l'amputation pénienne" souligne le Dr Jérôme Rigaud (CHU de Nantes), responsable du sous-comité Organes génitaux externes (OGE) de l'AFU et coordonnateur de ce forum. Un traitement chirurgical conservateur de la tumeur pénienne doit être envisagé, quand il est possible, en première intention, avec un geste le moins délabrant possible. "Une curiethérapie, bien que plus rarement utilisée, peut dans certains cas, être réalisée avec des résultats encourageants" complète le Dr Rigaud.

Au-delà du traitement de la tumeur primitive elle-même, la prise en charge des ganglions inguinaux est également très importante. "Elle conditionne le pronostic de survie des patients" explique Jérôme Rigaud. Le bilan ganglionnaire constitue donc un élément essentiel de la prise en charge de cette pathologie.

Deux questions fondamentales se posent aux urologues : à qui et comment pratiquer ce bilan ? Et lorsque l'atteinte des ganglions inguinaux est avérée ou suspectée, se pose alors l'indication d'un curage chirurgical, en prenant en considération les risques de morbidité que cela comporte.

Dans le cas de formes évoluées, la place de la chimiothérapie est à discuter soit en adjuvant soit en néo-adjuvant. Reconnaître le cancer du pénis, le diagnostiquer, et adapter les thérapeutiques en fonction de l'évolution de la maladie, tels seront les principaux points développés au cours de ce forum.

Forum du Comité de Cancérologie

Vendredi 19 Novembre
8h00 - 9h30
Salle Bordeaux

Vaporisation de la prostate : laser ou bipolaire ?

La résection transuréthrale de la prostate (RTUP) n'est plus le seul traitement chirurgical de l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP).

Chaque année 70 000 patients, âgés en moyenne de 72 ans, subissent une RTUP en France. L'utilisation du courant bipolaire permet de vaporiser ou de réséquer la glande prostatique en facilitant la coagulation. Elle permet aussi de traiter des patients porteurs d'un pacemaker, d'utiliser un liquide de lavage isotonique pendant l'intervention et de réduire le saignement. Un syndrome irritatif post-opératoire (pollakiurie, urgenturie) plus fréquent, plus important et plus prolongé que par courant monopolaire semble néanmoins exister.

La vaporisation par laser récemment développée offre plusieurs avantages : l'absence de glycocolle ; la diminution significative de la durée de sondage, d'hospitalisation, et de saignement *per et post-opératoire* - notamment pour des patients sous anticoagulants et/ou antiagrégants plaquettaires ; et l'absence d'irrigation *post*-opératoire le plus souvent. Le coût du laser et des fibres à usage unique dans certains cas, ainsi que l'absence d'étude histologique en constituent les inconvénients essentiels.

Les résultats à court et à moyen termes de ces nouvelles technologies sont équivalents à la RTUP, au prix d'irritations passagères plus fréquentes. Les résultats à long terme ne sont pas encore connus.

Face à face - Jeudi 18 Novembre - 11h05 - 11h35 -Salle Bordeaux

Journée des kinés : un programme attractif

Demain vendredi, comme depuis huit ans, les kinés spécialisés en rééducation périnéale, se retrouvent pour un moment d'intérêt commun.

Toute l'actualité uro-gynécologique les intéresse, mais il faut faire des choix. "Cette journée de formation contribue à la réunion de 70 à 80 kinésithérapeutes libéraux ou hospitaliers, dans une ambiance studieuse mais conviviale" explique Michel Gérineau, kinésithérapeute, très investi dans l'organisation.

Le programme de formation au sein du congrès aborde les recommandations de l'AFU pour le traitement d'une incontinence urinaire féminine non neurologique, les séquelles fonctionnelles de la chirurgie du prolapsus, l'actualité en sexologie, les échanges sur l'*Evidence Based Medecine* en kinésithérapie et enfin le sujet phare issu du rapport du congrès, les douleurs pelvi-périnéales chroniques.

Michel Guérineau qui a participé à la réflexion et à la rédaction de ce rapport, en tant que kiné, dévoile l'aspect qui peut être de la responsabilité de sa profession, sans déflorer l'ensemble du sujet qui fait la une de la séance plénière du congrès, samedi. "Cette participation d'un kiné à la rédaction du rapport même si elle est due à la thématique retenue, prouve que la spécialité d'urologie dépasse son cadre stricte, s'attachant avec les kiné plus spécialement à une certaine pluridisciplinarité et une complémentarité des compétences" souligne Loïc Le Normand co-organisateur de cette journée. Résultat : un programme attractif qui mêle culture urologique et approche rééducative.

Astrid Charlery

Journée des Kinés

Vendredi 19 novembre
14H15 – 18h30 - salle 351

Urologie pédiatrique : préparer l'avenir des jeunes patients

L'urologie pédiatrique se nourrit d'échanges avec d'autres spécialités. Parce que l'enfant d'aujourd'hui sera l'adulte de demain.

Avec l'arrivée d'unités hospitalières centrées sur l'enfant, certains urologues ont pu se sentir dessaisis de leurs compétences. L'usage de réaliser dans ces seuls services les anesthésies de l'enfant ainsi que le traitement de l'hypospadias ou de la cryptorchidie (avant 2 ans) a contribué à organiser les réseaux de prise en charge des enfants. "Les relations entre urologues et chirurgiens pédiatres sont maintenant pacifiées" note le Dr Bernard Boillot (CHU Grenoble), responsable du comité AFU d'urologie de l'enfant et de l'adolescent.

L'heure est à la multiplication des échanges avec d'autres acteurs de l'urologie. Le congrès de l'AFU constitue à ce titre un rendez-vous incontournable. Cette année, le comité fera séance commune avec le comité d'andrologie autour des coudures congénitales de la verge. Un état de l'art sur l'énurésie en 2010 sera présenté. La journée organisée avec le section française d'urologie pédiatrique proposera également, l'après-midi, une table ronde à la prise en charge de la mœlle attachée de l'enfant et de l'adolescent.

Jeudi 18 novembre,
09H45 – 12H30 et 14H-16H00 - salle 342 ab

Un expert de l'accréditation OA à votre écoute :
13H-14H, tous les jours, sur le stand de l AFU.